

Ditta

.....

C.F.

.....

Spettabile INAIL

Via.....

Spettabile Autorità di Pubblica Sicurezza di

.....

Via .....

RACCOMANDATA A/R

**OGGETTO: denuncia di infortunio.**

Con la presente si porta a conoscenza del seguente infortunio sul lavoro:

Posizione assicurativa aziendale n° .....

**Dati del lavoratore:**

- Nominativo .....
- Nato il..... a .....
- Residente a ..... Via .....
- C. F. ....

Data dell'infortunio: .....

Cause e circostanze dell'infortunio:

.....  
.....  
.....

Natura della lesione:

.....  
.....  
.....

Giorni di assenza per inabilità temporanea:.....

I dati mancanti saranno integrati non appena sarà ripresa la regolare attività amministrativa.

Distinti saluti.

Data .....

Firma \_\_\_\_\_